

**DIFICULTADES DEL DIAGNOSTICO DEL  
SÍNDROME DE ASPERGER EN HONDURAS**

**Mourra Saybe, Sandra**

**Magna da Silva, Angie Martinez y Sheezeldy Ramirez**

## INTRODUCCIÓN

La gente con Síndrome de Asperger percibe el mundo de modo diferente de todos los demás. Nos encuentran a los demás extraños y confusos. ¿Por qué no decimos lo que queremos decir? ¿Por qué decimos tantas cosas que no queremos decir? ¿Por qué hacemos tan a menudo comentarios triviales que no significan nada en absoluto? ¿Por qué nos aburrimos e impacientamos cuando alguien con Síndrome de Asperger nos cuenta cientos de cosas apasionantes sobre horarios, números de identificación grabados en los anuncios, las diferentes variedades de zanahorias o sobre los movimientos de los planetas? ¿Por qué toleramos sensaciones de luz, oído, olfato, tacto y de gusto que son tan confusos sin llegar al punto de gritar? ¿Por qué nos importan las jerarquías sociales? ¿Por qué no tratamos a todo el mundo del mismo modo? ¿Por qué tenemos relaciones emocionales tan complicadas? ¿Por qué nos mandamos y recibimos los unos a los otros tantas señales sociales? Y ¿cómo les sacamos significado? Por encima de todo, ¿por qué somos tan ilógicos comparados con la gente con Síndrome de Asperger (Lorna Wing)

Si entender a estos niños y adolescentes resulta tan difícil en países altamente avanzados científicamente, donde suponemos que brindar un diagnóstico de autismo o de trastornos del espectro autista se lleva a cabo con tanta facilidad, imaginemos un país donde el conocimiento sobre el tema es prácticamente nulo, donde el miedo a brindar un diagnóstico errado, nos lleva muchas veces a realizar un diagnóstico de algo conocido, perfectamente manejable porque tenemos toda la información a mano y sobre todo algo que no vaya a acarrear dificultades posteriores con los colegas a los cuales tengamos que remitir estos pacientes.

En Honduras el diagnosticar Síndrome de Asperger es casi un mito, esto por causas diversas, dentro de las cuales se puede señalar; la falta de conocimiento sobre el trastorno como tal, por lo que se tiende a ver las deficiencias de manera aislada, falta de test psicológicos o entrevistas que nos puedan corroborar el diagnóstico, el desinterés que muestran algunos especialistas de la salud mental en trastornos que tengan relación con dificultades del aprendizaje o con problemas escolares y por ende se siguen brindando diagnósticos de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastornos Obsesivos Compulsivos y otros trastornos de la conducta.

Por lo que cuando otro profesional se atreve a brindar este tipo de diagnósticos, en ocasiones sus colegas y demás personal al que se remite el niño, no concuerdan con el diagnóstico proporcionado, creando así confusión en los padres de este niño.

Otro aspecto importante es que en la mayoría de los casos, los padres de familia recorren profesional tras profesional tratando de encontrar respuestas a las conductas de su hijo y vienen arrastrando diagnósticos de déficit de atención y por ende con el tratamiento que se requiere para este trastorno, y es debido a este tipo de dificultades que nos encontramos con adolescentes a los cuales hay que recomenzar a evaluar y poder determinar, que si, existe Síndrome de Asperger, pero que ahora también es rechazado por su grupo de compañeros y esto le genera otro tipo de dificultades a nivel emocional.

Es por eso que el presente trabajo se lleva a cabo, para dar a conocer nuestras debilidades y a partir de ellas, aprender y convertirlas en nuestras mejores aliadas para

**Dificultades del diagnóstico del Síndrome de Asperger en Honduras**  
**Mourra Saybe, Sandra**

que así puedan llegar a ser nuestras mejores armas en el diagnóstico y tratamiento del Síndrome de asperger, en nuestro país.

## Marco Teórico

El desorden de Asperger es el término usado para un tipo específico de desorden que abarca el desarrollo completo y se caracteriza por problemas en el desarrollo de las destrezas sociales y del comportamiento. En el pasado, muchos niños con el desorden de Asperger han sido diagnosticados como si padecieran de autismo, otro de los desórdenes que abarcan el desarrollo, o de otros desórdenes. Mientras que el autismo y el Asperger tienen ciertas similitudes, también tienen diferencias importantes. Por dicha razón, los niños que se sospecha tienen estas condiciones requieren una evaluación cuidadosa.

En general, un niño con el desorden de Asperger funciona a un nivel más alto que el típico niño con autismo. Por ejemplo, muchos niños con el desorden de Asperger tienen inteligencia normal. Mientras la mayoría de los niños con autismo fallan o se atrasan en el desarrollo del lenguaje, los niños con el desorden de Asperger usualmente articulan palabras a la edad de dos años, aunque sus patrones del habla pueden ser algo raros.

La mayoría de los niños con el desorden de Asperger tienen dificultad en la interacción con sus pares. Ellos tienden a ser solitarios y pueden demostrar comportamientos excéntricos. Un niño con Asperger, por ejemplo, puede estar por horas cada día preocupado contando los coches que pasan por la calle o mirando sólo el canal del tiempo en la televisión. Las dificultades con la coordinación son también comunes en personas con este desorden. Estos niños a menudo tienen necesidades educativas especiales.

Aunque la causa del desorden de Asperger todavía no se conoce, las investigaciones que se están llevando a cabo actualmente sugieren que una tendencia hacia esa condición puede correr en familias. Los niños con el desorden de Asperger corren el riesgo también de sufrir otros desórdenes psiquiátricos incluyendo la depresión, el desorden de déficit de atención, la esquizofrenia y el desorden de obsesión compulsiva.

Los psiquiatras de niños y adolescentes tienen el entrenamiento y la destreza para evaluar los desórdenes que abarcan el desarrollo completo tales como el autismo y el desorden de Asperger. Ellos también pueden trabajar con las familias para diseñar programas de tratamiento apropiado y efectivo. Actualmente, el tratamiento más efectivo envuelve una combinación de psicoterapia, educación especial, modificación del comportamiento y apoyo para las familias. Algunos niños con el desorden de Asperger también se beneficiarán con medicamentos.

El resultado para los niños con el desorden de Asperger es generalmente más prometedor que para aquéllos con autismo. Debido al alto nivel de funcionamiento intelectual, muchos de estos niños terminan la escuela superior y asisten a la universidad. Aunque los problemas con la interacción social y la percepción persisten, ellos pueden también desarrollar relaciones duraderas con la familia y los amigos

Las principales características del Síndrome de Asperger se encuentran centradas en 4 áreas específicas:

- **Interacción social**
- **Comunicación**
- **Rutinas, rituales e inflexibilidad**
- **Intereses restringidos y obsesiones**

### **INTERACCIÓN SOCIAL**

- ◆ Los niños y adolescentes muestran incapacidad para extraer significado de las claves sociales y para dar respuesta adecuada tanto social como emocionalmente.
- ◆ Presentan ausencia o déficit del deseo de compartir información y experiencias con otros, por lo que se aíslan del grupo.
- ◆ El déficit en habilidades sociales puede conducirle a problemas de conducta. A menudo se fijan en pequeños detalles y fracasan en la comprensión global de una situación.
- ◆ Gillberg describió como “trastorno de la empatía” la incapacidad para “leer” de forma efectiva las necesidades de los demás y las perspectivas y respuestas adecuadas. (Gillberg, 1993).

En cuanto la determinación de estas características en nuestros niños existe la dificultad de que en las escuelas se tiende a confundir problemas de conducta o timidez con la incapacidad pura de poder interactuar con sus pares o con las figuras de autoridad.

### **COMUNICACIÓN**

- ◆ El lenguaje oral no lo comprenden totalmente, por lo que se debería usar un lenguaje sencillo y directo para su comprensión. En algunos casos existe un retraso en el desarrollo del lenguaje.
- ◆ El niño con Síndrome de Asperger puede hablar en un tono demasiado alto en algunas situaciones, o demasiado formal o monótono.
- ◆ Son capaces de hablar incesantemente sobre uno de sus centros de interés.
- ◆ Tienden a dar información más que a participar en conversaciones.
- ◆ El lenguaje del cuerpo y las expresiones faciales pueden parecer inadecuadas (inexpresivas) cuando se está comunicando (Edelson, 1996).

### **RUTINAS, RITUALES E INFLEXIBILIDAD**

- ◆ Los niños con Síndrome de Asperger se imponen rutinas rígidas a ellos mismos y a los que están a su alrededor.
- ◆ Las rutinas cambian de tiempo en tiempo y conforme crecen llega a ser más fácil razonar con ellos.
- ◆ Las rutinas rígidas pueden afectar a la imaginación y creatividad del niño.

- ♦ Tienen una gran memoria para tareas y aprender información rápidamente, sin comprenderla. (Klin, 1995).

### INTERESES RESTRINGIDOS

- ♦ Un aspecto característico son las preocupaciones excesivas por determinados temas u obsesiones.
- ♦ Las preocupaciones, generalmente en áreas intelectuales, cambian con el tiempo.
- ♦ El individuo querrá aprender todo acerca de una materia en particular y tiende a manifestarlo en conversaciones y en su tiempo libre y/o juego.
- ♦ Algunas áreas de interés son a modo de ejemplo:
- ♦ Localizaciones en mapas.
- ♦ Tiempo y astronomía.
- ♦ Máquinas o maquinaria.
- ♦ Aspectos de coches, trenes, aviones o rocas.
- ♦ En algunos niños, estos intereses pueden persistir hasta la edad adulta y estos intereses pueden ser la base de futuras carreras o estudios.

### Diagnostico Diferencial

Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría en su revisión del año 2000, DSM-IV-TR, los criterios de diagnóstico que se establecen, son los siguientes:

#### **Criterios para el diagnóstico de Trastorno de Asperger** (DSM-IV-TR, 2000)

**A. Alteración cualitativa de la relación social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:**

1. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como el contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
2. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto.
3. Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (por ej., no mostrar, traer o enseñar a otros objetos de su interés).
4. Ausencia de reciprocidad social y emocional.

**B. Patrones de comportamiento, intereses y actividad restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:**

1. Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad o por su objetivo.
2. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
3. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (por ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
4. Preocupación persistente por partes de objetos.

**C. El trastorno causa un deterioro claramente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.**

**Dificultades del diagnóstico del Síndrome de Asperger en Honduras**  
**Mourra Saybe, Sandra**

**D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo** (*por ejemplo, a los dos años usa palabras sencillas, a los tres frases comunicativas*).

**E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.**

**F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.**

En 1991, Gillberg y Gillberg presentan sus propios criterios para el diagnóstico del SA donde contemplan como un criterio relevante en el diagnóstico la torpeza motora:

### **Criterios para el diagnóstico de Síndrome de Asperger**

*(Gillberg y Gillberg, 1991)*

#### **1. Déficit en la interacción social, al menos dos de los siguientes:**

- a. Incapacidad para interactuar con iguales
- b. Falta de deseo e interés de interactuar con iguales
- c. Falta de apreciación de las claves sociales
- d. Comportamiento social y emocionalmente inapropiados a la situación

#### **2. Intereses restringidos y absorbentes, al menos uno de los siguientes:**

- a. Exclusión de otras actividades
- b. Adhesión repetitiva
- c. Más mecánicos que significativos

#### **3. Imposición de rutinas e intereses, al menos uno de los siguientes:**

- a. Sobre sí mismo en aspectos de la vida
- b. Sobre los demás

#### **4. Problemas del habla y del lenguaje, al menos tres de los siguientes:**

- a. Retraso inicial en el desarrollo del lenguaje
- b. Lenguaje expresivo superficialmente perfecto
- c. Características peculiares en el ritmo, entonación y prosodia
- d. Dificultades de comprensión que incluyen interpretación literal de expresiones ambiguas o idiomáticas

#### **5. Dificultades en la comunicación no verbal, al menos uno de los siguientes:**

- a. Uso limitado de gestos
- b. Lenguaje corporal torpe
- c. Expresión facial limitada
- d. Expresión inapropiada
- e. Mirada peculiar, rígida

#### **6. Torpeza motora**

**Dificultades del diagnóstico del Síndrome de Asperger en Honduras**  
**Mourra Saybe, Sandra**

Retraso temprano en el área motriz o alteraciones en pruebas de neurodesarrollo.

Como se puede observar, hay tres criterios de diagnóstico importantes que marcan diferencias entre ambas clasificaciones (DSM-IV-TR y los ofrecidos por Gillberg y cols.):

1. La Asociación Americana de Psiquiatría entiende que “*No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo*” y, por el contrario, Gillberg habla, en el punto 4, de “*problemas del habla y del lenguaje*” (especificando “*retraso inicial en el desarrollo*”).
2. Para la Asociación Americana de Psiquiatría “*No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognitivo*” y, sin embargo, Gillberg no menciona ningún criterio de diagnóstico que haga referencia al cociente intelectual.
3. Gillberg habla de la *torpeza motora* como criterio de diagnóstico, mientras que la Asociación Americana de Psiquiatría no lo contempla como un rasgo definitorio.

Estos son algunos ejemplos de las escalas que se están utilizando internacionalmente para el diagnóstico del SA que ponen de manifiesto el largo camino que queda por recorrer hasta definir el síndrome y responder a preguntas tales como,  
*¿Es el Síndrome de Asperger un trastorno específico distinto del autismo?,  
¿Podría definirse el Síndrome de Asperger como el resultado de una buena evolución de un Síndrome de Kanner (autismo)?, ¿es posible la definición de distintos subgrupos en la población de Síndrome de Asperger?*

Para Ángel Rivière (Rivière, 1996; Rivière & Valdez, 2000) la definición sobre este trastorno que ofrece la Asociación Americana de Psiquiatría es insuficiente. Especialmente en lo que se refiere a la “*no aparición de retraso general del lenguaje*”. En general, los expertos coinciden en que en los casos de SA suele haber retraso en la adquisición del lenguaje o, al menos, una forma peculiar de adquirirlo que no se ajusta al desarrollo normal (pero que evoluciona muy rápidamente hacia un patrón “no alterado” en sus aspectos formales). La sensibilidad de Ángel Rivière en su definición de los criterios nos ha permitido comprender las características cualitativas que describen a las personas que presentan este síndrome.

**En nuestra experiencia podemos señalar que los pacientes que se han diagnosticado con S.A realmente los padres comentan que si hubo retraso del lenguaje aunque no tan significativo ya que se desarrollo de manera rápida. De igual manera tanto los padres como los maestros reportan que su lenguaje en cuanto al tono o acento es diferente al de los demás niños.**

### **Comorbilidad del Síndrome de Asperger**

En la mayoría de los casos de SA las manifestaciones más importantes se ubican en el plano cognitivo y conductual, con unas características bastante específicas. Sin embargo, en una parte importante de niños con SA, existe comorbilidad con otros

trastornos. Las manifestaciones comórbidas que pueden asociarse al SA se resumen a continuación:

**Comorbilidad en el Síndrome de Asperger**  
**Torpeza Motora / Trastorno del desarrollo de la Coordinación**  
**Síndrome de Tourette / Trastorno Obsesivo-Compulsivo**  
**Trastorno de Déficit de atención-Hiperactividad / DAMP**  
**Trastorno específico del lenguaje / Dislexia / Hiperlexia**  
**Trastorno Semántico-Pragmático**  
**Trastorno del aprendizaje no verbal**  
**Depresión / Ansiedad**  
**El trastorno del desarrollo de la coordinación (TDC) se**

Define como una marcada alteración en el desarrollo de la coordinación motora que aprendizaje escolar o las actividades de la vida diaria y no es debida a una enfermedad médica general.

Si bien el TDC puede existir de forma aislada, con elevada frecuencia se halla asociado al SA. De hecho, el TDC es un criterio diagnóstico para SA según algunos autores. En este sentido, en 1991 Gillberg y Gillberg presentaron sus propios criterios para el diagnóstico del SA, en los cuales se contempla, como un criterio relevante para el diagnóstico, la torpeza motora.

**El Síndrome de Tourett (ST)** viene definido por la presencia de tics múltiples motores y vocales con una evolución crónica, que el DSM IV establece en un año. Los tics motores pueden ser simples y complejos. Los tics simples involucran únicamente a un grupo muscular y tienen un inicio y final súbitos. Los tics complejos son prolongados, afectan diversos músculos y parecen más propositivos. Si bien en un principio se pensó que era un trastorno muy raro, actualmente, si se incluyen formas leves, se puede considerar su prevalencia muy alta, situada alrededor del 3% de la población escolar.

En el ST existe una fuerte comorbilidad con el TDA-H y con el **trastorno obsesivo compulsivo (TOC)**. La comorbilidad con SA y trastornos de espectro autista (TEA) en general, es menos común. Sin embargo, existen casos en los que están presentes de forma evidente ST y SA; y, también, situaciones límite en las que es muy difícil, si no imposible, decantarse por uno u otro diagnóstico. El ST comparte algunos síntomas con el SA, tales como: ecolalia y palilalia, conductas obsesivo-compulsivas, conductas motoras anormales y estereotipias. En estudios en series amplias se ha sugerido una prevalencia mínima del 8.1% de ST en los TEA. En un trabajo más reciente, se afirma que por lo menos dos terceras partes de niños con ST presentan comorbilidad con problemas de empatía/autismo, incluyendo el SA.

**El TDA-H** es el término que utiliza el DSM IV para referirse al trastorno que comporta un déficit de la atención en un grado suficiente para generar dificultades en el aprendizaje. Puede ir asociado, o no, a hiperactividad. Se definen tres tipos de TDAH:

(1) con predominio de falta de atención, (2) con predominio de hiperactividad-impulsividad, y (3) el tipo combinado.

**Dificultades del diagnóstico del Síndrome de Asperger en Honduras**  
**Mourra Saybe, Sandra**



**DAMP** corresponde a las siglas de un trastorno muy próximo al TDA-H. Dicha denominación está muy extendida en los países nórdicos. Incluye: (1) déficit de atención, (2) problemas referidos al control motor y (3) problemas perceptivos. Es evidente que existe un solapamiento entre TDA-H y DAMP, si bien uno y otro ponen mayor énfasis en determinados aspectos. Puesto que el DAMP toma en consideración los problemas de control motor, se podría considerar conceptualmente más próximo al SA. Tanto en un caso, como en el otro, pueden estar presentes determinados síntomas que se describen también dentro del espectro autista, que se especifican a continuación:

- **Síntomas Autísticos en TDA-H / DAMP**
- **Estereotipias Motoras**
- **Preocupación por ciertos temas, objetos o partes de objetos**
- **Peculiaridades del lenguaje**
- **Anomalías en la pronunciación**
- **Pobre comunicación no verbal**
- **Trastorno Semántico-Pragmático**
- **Problemas de Interacción social**
- **Ingenuidad**

**El trastorno específico del lenguaje (TEL)** forma parte de los criterios diagnósticos para el autismo. Por el contrario, en referencia al SA, el DSM IV no solo no menciona la necesidad de que exista un problema del lenguaje, si no que, por el contrario, incluye como criterio necesario para el diagnóstico que no exista un retardo significativo en el lenguaje; entendiendo por retraso significativo la falta de uso de palabras simples más allá de los dos años o de frases comunicativas pasados los 3 años.

Sin embargo, no se debe deducir de la definición del DSM IV que no existe relación entre el lenguaje y el SA. En realidad, prácticamente siempre está presente alguna alteración del lenguaje en el SA. Lo que ocurre es que los aspectos formales del lenguaje no están alterados, aunque sí lo están los aspectos pragmáticos, es decir, el uso del lenguaje en relación con el contexto. Llegados a este punto, debemos introducirnos en la relación entre el déficit pragmático del lenguaje y los TEL. Se entiende por déficit pragmático del lenguaje las alteraciones referentes al uso socialmente contextualizado del lenguaje más allá de sus aspectos puramente formales. El punto crítico de la cuestión aparece a partir del momento que incluimos en el concepto del lenguaje, no solo lo que el individuo dice, a partir de contenido de sus palabras, si no que también tomamos en consideración toda la intencionalidad contenida en las palabras. Es decir, el lenguaje tiene dos dimensiones, una no social, ligada estrictamente al sentido literal de las palabras y la sintaxis; y otra social, derivada de la función de las palabras en relación con el contexto social en el que se generan las palabras. En los estudios clásicos sobre el lenguaje se han considerado estas dimensiones como independientes una de otra. Por tanto, un individuo con un TEL, podría tener un déficit únicamente en los aspectos formales del lenguaje. Entrando en el contexto clínico, existiría una separación entre los trastornos del lenguaje y los trastornos de la cognición social, es decir, los trastornos autísticos. Sin embargo, este planteamiento posiblemente no sea argumentable en base a los estudios recientes sobre la interacción entre lenguaje y desarrollo de las habilidades sociales. Si se considera que la dislexia se sustenta en un déficit fonológico, aspecto disfuncional que comparten una parte importante de niños con TEL, es comprensible

entender el nexo entre dislexia y SA. Esta asociación, aunque es poco común, debe contemplarse como una posibilidad en algunos niños con SA.

La hiperlexia, consiste en una excelente habilidad para la mecánica lectora, pero con una comprensión lectora muy baja. Algunos niños con SA pueden presentar este problema que, en cierto modo, podría ser el equivalente del trastorno semántico pragmático del lenguaje, aplicado a la lectura.

**El Trastorno del aprendizaje no verbal (TANV)** es un síndrome que se caracteriza por déficits primarios en la percepción táctil y visual, en las habilidades de coordinación psicomotora y en la destreza para tratar con material o circunstancias nuevas. Presumiblemente, una de las áreas de mayor preocupación son los problemas sociales y emocionales que presentan. Dichos problemas podrían ser el resultado de las dificultades en el procesamiento de la información no verbal y espacial, provocando los fallos y las malas interpretaciones de las señales sociales sutiles vinculadas a la comunicación no verbal. Por tanto, a los niños con TANV les resulta difícil comprender las expresiones faciales, los gestos y los tonos de voz. Este hecho puede conducir al aislamiento social. Algunos niños intentan aliviar el aislamiento entre sus compañeros interactuando únicamente con los adultos, más agradecidos con sus habilidades verbales, menos sensibles a su torpeza motriz, y en general más comprensivos.

Muchas de las características que se han descrito para el TANV se superponen a las propias del SA. Incluso se podría afirmar que el TANV y el SA podrían representar varios grados de severidad del mismo “continuum” neurocognitivo. Sin embargo, también es posible descubrir algunas diferencias, e incluso intuir unos límites entre ambos trastornos. Podría afirmarse que una parte de los niños con TANV cumplen criterios del DSM-IV para el SA, sin embargo no todos los niños con TANV muestran un déficit social tan grave, ni cumplen todos los criterios de SA. En el TANV no es habitual que presenten rutinas y rituales comportamentales y patrones inusuales del lenguaje tan marcados como en el SA. Por el contrario, uno de los componentes más característicos del TANV, el déficit visuoespacial, no suele ser tan acentuado en el Síndrome de Asperger.

**La depresión** también muestra una fuerte comorbilidad con el SA. Se debe hacer notar que no es raro que algunos síntomas depresivos pasen desapercibidos por los padres, y únicamente a partir de la entrevista individual con el niño puedan ser evidenciados.

Los aspectos depresivos que más se suelen apreciar en niños con SA son la falta de autoestima, estado de ánimo irritable, falta de energía, somatizaciones y problemas del sueño.

**Los trastornos de ansiedad** se han considerado los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la edad infantil. Su comorbilidad con el SA es mucho mayor de la que sería de esperar por el azar. Al igual que para los trastornos depresivos, existe un amplio solapamiento de síntomas. El niño ansioso suele mostrar un estado permanente de preocupación o aprensión, difícil de controlar.

## TRABAJO EXPERIENCIAL

**Dificultades del diagnóstico del Síndrome de Asperger en Honduras**  
**Mourra Saybe, Sandra**

## **I. Diagnóstico Inicial o Hipótesis Diagnóstica**

Un niño, al ser remitido por la escuela, por un profesional de la salud mental o bien asistir de manera espontánea, se evoca una serie de dificultades propuestas por los padres, escuela y si así es el caso, por una evaluación psicológica realizada con anterioridad.

Las quejas más frecuentes encontradas por los maestros son:

- No presta atención en clases
- Es inquieto (a)
- No mantiene contacto visual cuando se le habla
- Molesta a los demás compañeros
- Es ensimismado (a)
- Juega solo
- Tiene rituales y tics cuando se siente nerviosos

Las quejas más frecuentes encontradas por los padres son:

- Presenta dificultad en el área social
- Es muy inquieto
- Se auto agrede
- Presenta tics y rituales
- Insomnio
- Problemas de lenguaje
- Utiliza un vocabulario muy “sofisticado” para su edad, hablando acerca de temas físicos, matemáticos etc.
- No comprende satisfactoriamente las emociones de los demás
- Le agrada solamente un tipo de actividad y se aferra a ella
- Es habitual la utilización de colores, objetos o ropas determinadas
- No le agrada permanecer solo en la casa
- Se molesta si le hacen un cambio en su rutina sin previo aviso.

Lo que se refiere a una evaluación posterior, asisten con el diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad acompañado de Trastorno Oposicionista – Desafiante. Así mismo, el diagnóstico tiende a confundirse con Trastorno de Personalidad Esquizotípico o simplemente Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.

## **Evaluación Neuro-psicopedagógica**

Cuando se realiza el proceso evaluativo el niño manifiesta las siguientes conductas: no desea permanecer solo con el evaluador, no mantiene contacto visual con el mismo, divaga por el salón de juegos / evaluación, sin mirar al evaluador, presta su atención a objetos específicos más que a las personas y le preocupa en sobremanera (principalmente, adolescentes) las respuestas brindadas a los diferentes tests psicopedagógicos.

Las pruebas que habitualmente se utilizan para la evaluación del niño con Síndrome de Asperger son:

**Dificultades del diagnóstico del Síndrome de Asperger en Honduras**  
**Mourra Saybe, Sandra**

Capacidad Cognitiva:

1. Escala de Inteligencia Wechsler
2. Matrices Progresivas de Raven

Estilo Cognitivo

3. Test Visomotor de Bender
4. Test de Atención, d2 de Rolf Brickenkamp
5. Test de Copia y Reproducción de Memoria de Figuras Geométricas Complejas, Rey.
6. Test de Emparejamiento de Figuras Conocidas – 20. E. Dcainns J. Cammock MFF – 20
7. Evaluación Neuropsicológica Luria Inicial de Dionisio Manga y Francisco Ramos

Trabajo Escolar

8. Test de Comprensión de Estructuras Gramaticales – CEG de E Mendoza, G. Carballo, J. Muñoz y M<sup>a</sup> D. Cruz.
9. Prueba de lectura Nivel 1-2 de Maria Victoria de la Cruz
10. Evaluación escritura, lectura, reconocimiento de colores y motricidad fina y gruesa

Conductas Hiperactivas

11. Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH Anna Farré y Juan Narbona)

Perfil de Rasgos

12. Test Proyectivo Casa Árbol Persona HTP de John Buck
13. Test del Dibujo de la Familia (L. Luís Corman)
14. Test Proyectivo de Pata Negra de Louis Corman

Sociabilidad y Conducta

15. Cuestionario de Habilidades Sociales y Emocionales para Maestros y Padres Informantes.
16. Escala de Evaluación de Conducta Infantil - Padres Informantes
17. Cuestionario de Conductas Sociales para Padres y Maestros Informantes.
18. Cuestionario de comunicación social – SCQ de M. Rutter, A. Bailey y C. Lord para Maestros y Padres Informantes.
19. Cuestionario de Estilos de Aprendizaje y actitudes del alumno para Maestros Informantes.

Incrementando a esto, las valoraciones del historial clínico comportamental y situación actual del niño, observación conductual durante la evaluación y en el contexto educativo, entrevista clínica con los padres, visita a la escuela del niño, calificaciones académicas y resultados de evaluaciones neuropsicológicas o médicas realizadas anteriormente.

#### Comportamiento de los padres antes y durante el proceso evaluativo

- En la mayoría de los casos, es la madre la que asiste a la primera sesión, sin la presencia del padre (si no son divorciados)
- Excesiva preocupación por no saber cuál es el origen de los problemas de su hijo
- Se han cansado de evaluaciones anteriores que no han ayudado a mejorar las dificultades del niño.
- Preocupación por los constantes comentarios negativos de los maestros dirigidos hacia su hijo
- Negación de uno de los padres de las dificultades de índole significativa del mismo.

#### Comportamiento de los padres al momento de la entrega de los resultados

Se ha dado el caso que el niño no coopera durante todo el proceso evaluativo, y es allí cuando el evaluador tiene la tarea de observarlo conductualmente en ese ambiente, así como verificar el comportamiento del mismo con las figuras parentales, con los demás niños evaluandos (si los hay), entrevistar a los padres acerca del comportamiento del mismo en casa y en clases, y por último, realizar una visita a la escuela del niño, para comprender el contexto del caso.

Casi siempre, en la evaluación nos encontramos el S.A. conmorbidado con un Trastorno afectivo (principalmente, Depresión), Trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno de Déficit de atención con hiperactividad, Trastorno del Comportamiento y/o Trastorno del Aprendizaje.

## **II. TRATAMIENTO**

### **Centro Educativo**

A continuación especificaremos lo que visualizamos de manera reiterada en los centros educativos que tienen estudiantes con el Síndrome Asperger, en base al contacto constante que mantenemos con los mismos:

En primer lugar, es muy importante enfatizar que los niños con Síndrome Asperger a menudo presentan comportamientos de mala adaptación en los salones de clases y fuera de éstos, los cuales son conductas consecuentes a su escaso y muy literal entendimiento de los fenómenos sociales, así como del tremendo asombro que experimentan cuando se les requiere el satisfacer las demandas de la vida social. Por lo tanto es muy común ver a estos niños en los salones de clases y en los recreos muy solitarios y siendo rechazados por sus demás compañeros de clase. Es por ello que se vuelve muy frecuente el contacto de estos niños con personas adultas, tanto por el grado de interacción que mantienen con ellos, como por su complacencia y tolerancia a su falta de conciencia social.

Así mismo, a estos niños no les interesa los juegos competitivos o juegos de equipo, ello se puede ver en las clases de Educación Física o en los recreos, por ejemplo.

Algunos son indiferentes a la presión de sus compañeros, por ejemplo, no prestan interés en juguetes o ropas determinadas (de moda). De igual forma, raras veces o casi nunca se les invita a fiestas de cumpleaños y tiene pocos amigos auténticos, o bien se aferra a una sola persona.

Cuando el maestro le explica al niño los códigos de conducta al estudiante con Síndrome Asperger éstos tienden a reforzarlos con rigidez, tanto así que pudieran

convertirse en un policía de la clase, verificando cualquier mal comportamiento o falta de sus compañeros.

Por otro lado, puede darse la posibilidad de un cambio de escuela, por lo que se les sugiere a los padres tener presentes que los niños necesitan pre-avisos repetidos acerca de la ruptura en su rutina, ya que ello sugeriría un giro en sus actividades normales.

De igual forma, se solicita en conjunto con el plan de intervención, la utilización de círculos de amigos o grupos de habilidades sociales que pudieran ayudar al niño en su proceso de adaptación social.

Es meritorio hacer mención que se realizan visitas a las escuelas durante y después de la evaluación (dado el caso que sigan en el tratamiento posterior a la entrega de los resultados), -durante el proceso evaluativo - con el fin de observar conductualmente al niño en un entorno no estructurado, por ejemplo, recreo, o bien, estructurado, como el salón de clases, y así obtener las percepciones de los educadores, - y después de la entrega de los resultados a los padres o responsables del niño - ya que estando en un proceso terapéutico, es necesario estar en constante contacto con la escuela para saber los avances, dificultades o recomendaciones hacia el tratamiento del mismo.

La maestra de grado o la persona que pasa la mayor parte del tiempo con el niño, deberá estar dispuesta a proporcionarle de modo flexible, oportunidades para el éxito, reforzándoles sus áreas fuertes y brindándoles programas individuales o grupales en sus áreas débiles.

Y para finalizar, los centros educativos, reconocen que los objetivos propuestos por psicología son a largo plazo, aunque ello sugiera mayores esfuerzos, tiempo y comprensión del problema.

### **Padres de Familia o responsables de los niños con Síndrome Asperger**

Los padres tienen la tarea de darle seguimiento al plan de intervención propuesto por psicología y los maestros del niño. Siendo casos únicos e individuales, solamente mencionaremos algunas de las sugerencias que se les brinda al momento de cooperar con el equipo de trabajo dirigido hacia el bienestar psicoemocional del niño:

1. Reforzar los componentes trabajados en la terapia.
2. Practicar actividades y juegos sociales adecuados a la edad del niño, con el fin de explicar las reglas básicas de un juego, peor sobre todo, que el niño sienta que sus padres son sus mejores amigos. Ello, le ofrecerá un prototipo o estilo a seguir.
3. se les sugiere que puedan invitar a amigos del niño o compañeros de clases a la casa y ofrecerles las posibilidades del éxito, con el fin de minimizar la influencia de las habilidades limitadas del niño en el juego o contacto social.
4. Inscribirlo en clubes, actividades lúdicas, deportivas o artísticas conforme su interés o campo a trabajarse.

## **Programa de Intervención con Psicología**

Es de crucial importancia tomar en cuenta que los programas de intervención, derivados de las evaluaciones sean de carácter individual, para asegurar que se adapten al perfil único del niño, acorde a sus necesidades y puntos fuertes exhibidos.

Al momento de iniciar el programa de intervención nos enfrentamos a dificultades que se manifiestan de diferentes formas, por ejemplo, surge el panorama en el cual los padres no colaboran en la asistencia programada para los niños, o bien, desean que el terapeuta se enfoque únicamente o en su mayoría en el área pedagógica (si así fuera el caso de comorbilidad al trastorno de aprendizaje), atrasando o entorpeciendo la labor terapéutica.

Por otro lado, el niño puede manifestar conductas desafiantes u opositoras, que no son consideradas como comportamientos voluntarios o maliciosos, sino como relacionados con la discapacidad presentada por el mismo. Todo ello, es tratado de manera cuidadosa, terapéutica y educadora, con el cuidado de no parecer un castigo u otra medida disciplinaria, siendo que el niño puede interpretar su comportamiento como malo y deliberado, y eso no hará más que exacerbar su ya escasa autoestima.

### Al momento del programa de intervención:

Cada programa se adecua al perfil del niño, a su marco educativo, situación familiar y a objetivos realistas a corto y largo plazo.

Al iniciar este programa se explica a los padres la finalidad, los objetivos a cumplirse y el trabajo a realizarse con el niño. Se inicia el trabajo de manera individual cuyo enfoque se dirige al mejoramiento de las áreas débiles encontradas en la evaluación neuropsicológica y en la observación conductual. Posterior a un plazo realista de trabajo individual, se determina con los padres la posibilidad de adicionar un niño más al proceso terapéutico, y se le avisa al niño con semanas de anticipación acerca del cambio.

Cuando el trabajo es grupal se vuelve sumamente interesante y compleja la función del terapeuta, principalmente porque es una visión en “espejo” lo que se obtiene en ambos niños, y ello, puede crear aversión o agrado entre los mismos.

Una de las dificultades al realizar la terapia grupal es que uno de ellos o ambos, tienden a imponer una actividad o juego, así como el establecimiento de sus propias reglas. Ello, porque se sienten como dentro de una “burbuja” que no permite interferencia. Además es bueno recalcar que estos niños son más egocéntricos que egoístas.

Se debe tomar en cuenta que las actividades propuestas en el programa de intervención son trabajadas de manera explícita y repetitiva, para fomentar una conducta determinada en el niño.

Las áreas que se trabajan con los niños y adolescentes con S.A. en Honduras son las siguientes:

- a. Se entrena en comunicación y habilidades sociales de forma que se convierta en parte integral de todas sus actividades y contextos.
- b. Adquisición de habilidades de la vida real que los ayude a: – tomar perspectiva de los demás – cumplir con las reglas de conversación o interacción social y – comportarse de modo coherente.

- c. Fomentar la identificación de sus propias emociones y luego la de los demás.
- d. Enseñar códigos de conducta con el apartado de causa-efecto.
- e. Ayudar en la interpretación de las señales verbales y no verbales de otros.
- f. Se utilizan las habilidades cognitivas e intereses en situaciones que requieran reforzamiento.
- g. Enseñarles la secuencia de acciones apropiadas para una situación en específico. (Obs.: se procura que esas secuencias se sigan seguidas por los padres y maestros):
- h. Utilizar los puntos fuertes y débiles encontrados en el perfil neuropsicológico para establecer las líneas de enseñanza adicionales.
- i. Abordar el manejo de comportamientos problemáticos procurando establecerse límites y que el niño los reconozca.
- j. Ayudarlo a realizar elecciones, sin crear dependencia al terapeuta.
- k. Revisar y trabajar su estilo, forma y contenido de comunicación.

### Bibliografía

- 1.- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV ([Trastornos generalizados del desarrollo](#), Trastorno de Asperger (299.80)
- 2.- Gillberg, C., Clinical Child Neuropsychiatry. Cambridge University Press.
- 3.- Garcia Bocanegra, Pedro. Historia del Síndrome de Asperger. [www.innova.usal.es](http://www.innova.usal.es)
- 4 - [Asperger's Association of New England](#), ¿Qué es el síndrome de asperger? (Versión español)
- 5.- Anónimo. [www.guiainfantil.com/salud/Asperger/](http://www.guiainfantil.com/salud/Asperger/) . Perfil del niño con asperger
- 6.- Fitzgerald, Michael and Corvin, Aiden. Diagnosis and differential diagnosis of Asperger Syndrome. [http:// apt.rcpsych.org/cgi/content](http://apt.rcpsych.org/cgi/content)



A CONTINUACIÓN ADJUNTAMOS DOS INFORMES REALIZADOS  
EN ESTE CENTRO DE DE TRABAJO:

## INFORME PSICOLÓGICO

### I.- DATOS GENERALES:

**NOMBRE:** Caso 1

**FECHA DE NACIMIENTO:** 04 de Septiembre del 2002

**EDAD:** 4 años

**CURSA:** Pre - kinder

**ESCUELA:** Discovery School

**FECHA EVALUACIÓN:** 02 de Diciembre del 2006

### II. CONTEXTO DEL CASO

La evaluación de XXXX se hace en el contexto clínico, ya que según los padres y maestros, Daniel ha mostrado inhibición en el área social y conductas inapropiadas para su nivel de desarrollo.

### III. ENTREVISTA

Se entrevistó a la mamá con el objetivo de conocer el motivo de la consulta y el desarrollo psico-bio-social que xxxx ha obtenido desde su historia prenatal hasta la fecha actual.

Para una mayor claridad expositiva, los datos recogidos en las entrevistas con de los padres, maestros y la observación conductual se han organizado en distintos apartados:

### DATOS RELEVANTES

xxxxx es el menor de dos hermanas, una de 13 años y otra de 10 años. En su historia prenatal, destaca que el parto fue por cesárea y el curso de su desarrollo motriz ha sido acorde a su edad.

Su madre comenta que la hermana de 13 años presenta problemas de concentración y la relación con ésta un tanto problemática, siendo que la arremete sin razón aparente y siente celos de su madre con la niña.

De igual forma, indica que el niño es obsesivo en todo lo que realiza, pudiendo percatarse de ello a partir de los 7 – 8 meses de edad, cuando éste no se separaba de un objeto, durmiendo con éste todos los días. Para él era un ritual que debía seguirse.

Así mismo, el afán de limpieza es primordial para xxxx. No le agrada visualizar las cosas mojadas, sucias o fuera de lugar. Ante ello cabe destacar una ocasión en la que la maestra de Prekinder (Happy Faces) intentó calmarlo, ya que un jugo se había vertido sobre su pantalón y el niño empezó a llorar desesperadamente.

xxxx tiende a elaborar rituales antes de irse a dormir, como mantener un juguete a su lado, en la cama, o al menos, advertirlo para poder dormirse. Un aspecto relevante es que su suegra, padece del Trastorno Obsesivo Compulsivo.

### HISTORIA ESCOLAR.

xxxx estudió en la Happy Faces Nursery y luego de recibir un reporte de sus maestros acerca de su comportamiento, sus padres se alarmaron y decidieron cambiarle de escuela, advirtiéndole que el posible problema era la dificultad para interactuar con otros compañeros en el idioma español. Por consiguiente, ingresa a la Discovery School y su comportamiento empeora: empieza a agredir a otros, se aísla de sus compañeros y no sigue instrucciones. Ante ello los padres se alarman y deciden solicitar ayuda profesional.

Manifiesta un deterioro cualitativo en la interacción social, ya que sus maestros reportan que en ocasiones xxxxx es sumamente agresivo, no participa en juegos colectivos y dramáticos y se mantiene aparte de todos los demás.

No manifiesta dificultades en la pronunciación de las palabras y realiza con agilidad movimientos como caminar, correr, brincar o trepar. Sus maestros señalan que presenta dificultades en la preescritura, sin embargo su trazado es fuerte y seguro, así como la adecuada toma del lápiz.

Por otro lado, sus padres y maestros indican que xxxx no se alimenta correctamente, ingiriendo únicamente ciertos alimentos como jugos y manzanas.

xxxxx no presenta actividades predilectas. Le agrada jugar solo, con carritos u otros materiales que sean armables y su color favorito es el rojo, siendo selectivo al momento de elegir con qué colores pintar. Cabe destacar que existe una actividad que le agrada en sobre manera y es la pintura, principalmente lo que se refiere a las acuarelas.

## OBSERVACIÓN CONDUCTUAL

Las dificultades relatadas por sus padres nos permiten detectar varios aspectos relevantes que requieren una percepción clínica clara y objetiva, con el fin de confirmar el diagnóstico.

Es por ello, que fue necesario utilizar la técnica de la observación conductual, siendo que su comportamiento social inhibitorio y su edad de desarrollo no permite una evaluación psicológica ardua.

Por consiguiente, a continuación se detallan los principales aspectos detectados en la observación:

### PRIMERA SESIÓN

---

En la primera ocasión en la que se presenta a evaluación, ingresa al salón de juegos silencioso, sin mantener ningún tipo de contacto ocular con el examinador. Toma un juguete y empieza a jugar solitario por todo el salón. El intento de conversación es fallido, ya que no responde ante ninguna interrogante que el evaluador pueda realizar. No realiza comentario alguno, a excepción de momentos en los que algo le moleste o le desagrada.

Ejecuta sonidos sin importancia, divaga de un lado al otro y en varias ocasiones sale del salón en busca de la atención de sus padres y luego regresa al mismo.

xxxx no permite que otros acompañen su juego, se aísla y puede molestarse si la insistencia es mayor. De repente se detiene ante el examinador, lo mira a los ojos, guarda silencio, y luego continúa jugando sin darle importancia a lo que está a su alrededor.

Parece no entender las normas, órdenes o instrucciones. La información que se le brinda no le interesa, únicamente la que él vierte.

No se mantiene sentado en un solo lugar dificultándose cualquier interacción con el niño.

Teniendo la posibilidad de jugar con varias cosas a la vez, xxxx escoge un carro rojo y un carro armable. Por momentos, se introduce en una de las cajas del salón de juegos, lo cual aparentemente le agrada.

Un dato importante es que mientras jugaba con un carrito, xxxx empieza a transmitir sonidos inusuales, y de repente menciona frases como: “No te puedo ver”, “Los muchachos me asustan” y “No me molestes”. Al conversar con la madre, ella confirma que el niño tiene un amigo imaginario con el cual platica arduamente ya sea en el ambiente familiar o en la escuela.

### SEGUNDA SESIÓN

---

xxxx asiste ante la presencia de varios examinadores. Su contacto ocular es mayor, aunque momentáneo y breve. No permite que los demás interactúen con él, no obstante, ante la cercanía y la adaptación de ese entorno consiente que otros le ayuden a armar o desarmar ciertos objetos. Lanza los juguetes, como si estuviera contrariado.

### TERCERA SESIÓN

---

En esta sesión, no deseaba ingresar al salón mostrándose renuente a ello. Fue necesaria la flexibilidad, ante lo que él deseaba para adquirir su confianza. Después de unos momentos, accede y entra a la instalación. En esta ocasión permite que uno de los examinadores juegue con él, manteniendo, por instantes contacto ocular con el mismo.

Se intervino en el juego por medio de la pintura, lo cual favoreció a que xxxx mantuviera la atención en una sola meta por unos instantes. Utilizó gran cantidad de agua para colorear, por lo que ésta se derramó en todo el piso, mesa y en su ropa. Luego de “divertirse” con los que estaban allí presentes, buscó la alfombra para secarse la camisa que se encontraba mojada y el piso que se hallaba repleto de agua. Por cuestión de 25 minutos se mantuvo secando el piso y la mesa hasta que se había asegurado de su total limpieza.

Posterior a ello, se dirigió a una esquina del salón y se mantuvo jugando con un carrito que desde el inicio le llamó la atención. Desarmó todo el carro, y luego se empeñó en armarlo nuevamente, no obstante se sintió frustrado al no poder acomodar las piezas y empezó a gritar fuertemente y a aruñarse el rostro hasta que su madre lo retuvo y le indicó cómo podía hacerlo.

Por otro lado, su hermana (de 13 años) se encontraba dibujando en la pizarra; cuando ésta se dispuso a enseñarle a su mamá el dibujo, xxxx se molesta y le aruña la cara. Su madre lo reprime, y le señala que debe pedir disculpas. xxxx no accede, y su mamá comenta que él la cela de los demás hermanos.

Así mismo, es necesario recalcar que xxxx demuestra falta de sutileza al expresar adecuadamente los sentimientos. Tal es el caso del momento en que se despide del examinador, ya que éste se lanza sobre el mismo para abrazarlo y le dice “adiós” sin mantener ningún contacto ocular.

### **SOCIABILIDAD**

## Cuestionario de Habilidades Sociales y Emocionales

Este cuestionario se encuentra diseñado para identificar conductas y habilidades propias de los niños en edad escolar, evaluándose el área comunicativa, cognitiva y motriz, así como intereses específicos y otros aspectos relevantes.

Basado en lo anterior, sus maestros y padres valoraron los ítems de tal manera que permitieran determinar cuantitativa y cualitativamente los resultados que se describen a continuación:

**Frecuentemente:**

**Dificultades del diagnóstico del Síndrome de Asperger en Honduras**  
**Mourra Saybe, Sandra**

### **Habilidades Sociales y Emocionales**

- ▶ No comprende cómo jugar con otros niños.
- ▶ Evita el contacto social con los demás niños.
- ▶ Parece no darse cuenta de las convenciones sociales o los códigos de conducta. Por ejemplo: golpea a la hermana.
- ▶ Le hace falta empatía o entendimiento de los sentimientos de los demás.
- ▶ Necesita que le tranquilicen cuando algo marcha mal o cambia la situación. Por ejemplo: el cambio de Nursery.
- ▶ No está interesado en participar en deportes, juegos o actividades competitivas.
- ▶ Es indiferente a la influencia social de los compañeros.

### **Habilidades Comunicativas**

- ▶ Parece desinteresado en la conversación de otros. Por ejemplo: No pregunta o comenta nada sobre lo que se habla, solo brinda información pero desea recibir nada del receptor.

### **Habilidades Comunicativas**

- ▶ Tiene a veces un tono de voz inusual. Por ejemplo, parece tener un acento “extranjero” o monótono que hace que las palabras claves carezcan de énfasis.
- ▶ Parece desinteresado en la conversación de otros, aun cuando se habla de él.
- ▶ Tiende a mantener menos contacto visual de lo que cabría esperar.
- ▶ Su discurso es demasiado preciso.
- ▶ Tiene problemas para reconducir una conversación.

### **Habilidades Cognitivas**

- ▶ Tiene una memoria a largo plazo excepcional. Por ejemplo: sus padres comentan que recuerda la ruta que solía tener al pasar por su antiguo Nursery, así como el color o el lugar en el que estaba ubicado un juguete.
- ▶ No desarrolla juegos imaginativos con otros niños. Por ejemplo: no incluye a otros niños en sus dinámicas.

### **Intereses Específicos**

- ▶ Se mantiene fascinado en un tema particular durante un tiempo. Por ejemplo, se encuentra fascinado con un “truck”.
- ▶ Se enfada demasiado rápido ante los cambios en su rutina y expectativas. Por ejemplo: se pone nervioso si se le lleva al Nursery por otro camino.
- ▶ Elabora rutinas o rituales que debe finalizar para estar tranquilo. Por ejemplo: antes de irse a la cama debe ponerse su pijama, guardar su ropa y dormir con su juguete favorito, o al menos visualizarlo.

### **Habilidades Motrices**

- ▶ Tiene un modo extraño de correr.

### **Otras Características**

- ▶ Le causa nerviosismo los roces en la piel o cabeza y los sonidos inesperados (los cohetes).

- ▶ Presenta una tendencia a agitarse o balancearse cuando está excitado o nervioso. Por ejemplo: se araña la cara, llora y se tira al piso.
- ▶ Tardanza en adquirir el lenguaje, según los maestros.
- ▶ Realiza muecas o tics inusuales. Por ejemplo: cuando se siente confundido o nervioso se enrolla el cabello.

### **Escala de Evaluación de Conducta y Desempeño Infantil- Padres Informantes**

Esta escala tiene como finalidad verificar los síntomas y deficiencias en el desempeño académico en el salón de clases. Con ello, se confirman los componentes obtenidos en las diferentes pruebas.

En base a las respuestas obtenidas por los padres, Daniel obtuvo los siguientes componentes, relacionado con su comportamiento en el salón de clases:

**Deterioro cualitativo en la Interacción Social, manifestado por al menos dos de los siguientes:**

---

Frecuentemente:

- ▶ Marcado deterioro en la capacidad de iniciar o mantener conversación con otros.
- ▶ No le interesa compartir diversiones, intereses o aproximaciones a otras personas.

Muy Frecuentemente:

- ▶ Fallo en el desarrollo de relaciones entre pares, adecuadas a su nivel evolutivo.
- ▶ Ausencia de reciprocidad social o emocional.

### **Deterioro cualitativo en la comunicación**

---

Frecuentemente:

- ▶ Retraso evolutivo del lenguaje hablado.
- ▶ Marcado deterioro en la capacidad de iniciar o mantener conversación con otros.

Muy Frecuentemente:

- ▶ Uso repetitivo del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
- ▶ Ausencia de juego variado, espontáneo, creativo o social, apropiado a su nivel de desarrollo.

### **Patrones de conducta en Intereses y Actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados**

---

Muy Frecuentemente:

- ▶ Demuestra preocupación que abarca a uno o más patrones de interés estereotipado y restringido, que es anormal o en intensidad o en el foco de interés en sí.
- ▶ Adherencia aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales.
- ▶ Preocupación persistente por parte de objetos, principalmente si él no puede.

### **Retraso o funcionamiento anormal**

---

Frecuentemente:

- ▶ Uso social y comunicativo del lenguaje.

Muy Frecuentemente:

- ▶ Funcionamiento anormal en la interacción social y juego simbólico imaginativo.

### **Escala de Evaluación de Conductas Sociales – Maestros Informantes**

Esta escala tiene como finalidad verificar los síntomas y deficiencias en el desempeño académico en el salón de clases. Con ello, se confirman los componentes obtenidos en las diferentes pruebas.

En base a las respuestas obtenidas por los maestros, Daniel obtuvo los siguientes componentes:

---

### **Comportamiento en el salón de clases**

---

**Frecuentemente:**

- ▶ No le interesa compartir diversiones, intereses o aproximaciones a otras personas.

**Muy Frecuentemente:**

- ▶ Fallo en el desarrollo de relaciones entre pares, adecuadas a su nivel evolutivo.
- ▶ Ausencia de reciprocidad social o emocional.
- ▶ Marcado deterioro en la capacidad de iniciar o mantener conversación con otros.
- ▶ Ausencia de juego variado, espontáneo, creativo o social, apropiado a su nivel de desarrollo.
- ▶ Preocupación que abarca a uno o más patrones de interés estereotipado y restringido, que es anormal o en intensidad o en el foco de interés en sí.
- ▶ Preocupación persistente por parte de objetos, principalmente si él no puede.
- ▶ Funcionamiento anormal en la interacción social y juego simbólico imaginativo.

## DIAGNÓSTICO

**En base al análisis de los cuestionarios para padres y maestros, así como la observación conductual del niño en un ambiente de juego y la entrevista realizada a los padres, se puede concluir lo siguiente:**

xxxx presenta el diagnóstico **TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO NO ESPECIFICADO** (F84.9 / 299.80) caracterizado por una alteración grave y generalizada del desarrollo de la interacción social recíproca o de las habilidades de la comunicación no verbal. Este trastorno se pone de manifiesto en los primeros años de vida.

El diagnóstico es provisional, siendo necesario realizar una evaluación posteriormente, con el fin de diagnosticar cualquier trastorno específico del desarrollo.

El pronóstico se pudiera establecer como favorable si se beneficia adecuadamente del plan de intervención.

**A este niño no se le brindó el diagnóstico de Síndrome de Asperger ya que los parámetros del mismo especifican que el diagnóstico debe brindarse a partir de los 7 años, sin embargo en xxxx se puede visualizar la conducta típica de un S.A.**

## XV. PLAN DE INTERVENCIÓN

El plan de intervención que se plantea para xxx es un programa multimodal que combina intervención psicológica con el niño, los padres y maestros para mejorar las áreas del desarrollo en las que presenta problemas.

## INFORME PSICOLÓGICO

### I. DATOS GENERALES

**NOMBRE:** Caso 2

**FECHA DE NACIMIENTO:** 11 de Marzo de 1999



**EDAD:** 7 años, 10 meses.

**FECHA EVALUACIÓN:** 11 de Enero del 2007

### III. CONTEXTO DEL CASO

La evaluación de xxxxx se hace en el contexto clínico por referencia del Dr. xxxx, ya que según los padres el niño “presenta problemas de lectura, escritura, control de lápiz y concentración. Todo debe ser como él dice, no parece tener interés en las cosas que no le llaman la atención”. Esta problemática les ha inquietado desde los 4 años.

Santiago ha sido evaluado anteriormente y ha recibido tratamiento para el problema actual, siendo atendido por la Lic. xxx (4 años y medio), Dr. xxxx (6 años) y Lic. xxx (7 años). Actualmente toma Ritalina para el problema de la concentración.

Su madre comenta que han seguido las indicaciones de médicos anteriores, sin embargo ninguno parece haber dado con la raíz del problema ni con el tratamiento correcto.

### III. ENTREVISTA

Se entrevistó a la madre con el objetivo de conocer el motivo de la consulta y el desarrollo psico-bio-social que xxxx ha obtenido desde su historia prenatal hasta la fecha actual. Posteriormente se entrevistó al niño con el fin de conseguir un buen rapport durante la fase de evaluación y así obtener información sobre las percepciones, las expectativas y las actitudes que tiene acerca de su problema. Finalmente se le informó el motivo por el que la habían traído al consultorio.

Para una mayor claridad expositiva, los datos recogidos en las entrevistas con la madre, maestros y el niño se han organizado en distintos apartados:

### HISTORIA CLÍNICA Y EVOLUTIVA

En su historia prenatal, destaca que el parto fue normal sin mayores complicaciones. Según la madre, Santiago presentó problemas para dormir, lloraba toda la noche durante varios meses, era intranquilo y parecía nunca caer en un sueño profundo, aún durante el día.

Según la madre, en el aspecto social y conductual, se verifican dificultades para escuchar, de coordinación, no se lleva bien con su hermana y en ocasiones, es agresivo. Relata que el niño está más interesado en las cosas que en las personas, tiene temor a la noche y a dormir solo, así como hábitos especiales tales como dormir con la madre y realizar las cosas de determinada forma.

xxx acostumbra a morderse las uñas, a realizar berrinches con frecuencia cuando no se hace su voluntad y presenta pesadillas frecuentes. En relación a estas dificultades para dormir es habitual el hecho de sentarse a media noche a ver si está acompañado y acostumbra a hablar. De igual forma menciona que el niño se mece hacia atrás y adelante, se golpea la cabeza, come poco y es necio en ciertas situaciones.

Cabe señalar que es demasiado activo, presenta periodos en los cuales se queda en blanco, se distrae, es impulsivo, lento en el aprendizaje y se da por vencido con facilidad, frustrándose cuando no logra lo que quiere.

Las actividades que habitualmente le agradan a xxx son: armar estructuras, ver libros científicos, construir cosas utilizando varios juguetes y entretenerse con juegos electrónicos.

Aquella actividad en la que su madre le gustaría que el niño participara con mayor frecuencia es la lectura, y la que menos le agrada es precisamente ésta última.

### **HISTORIA ESCOLAR.**

En la historia escolar de xxx se aprecian dificultades en la lectura, escritura y ortografía. Ha recibido terapia de concentración hace 2 años, no obstante la madre comenta que las terapias parecieron no mejorarle el área motora, ni de lectura o escritura.

Su madre menciona que las técnicas disciplinarias que suelen utilizar ante cualquier comportamiento erróneo son: ignorar la conducta problema o amenazarlo (específicamente la madre), o bien, regañarlo (el padre).

Sin embargo, ninguna de las técnicas anteriormente mencionadas parecen mejorar el problema de hacer las tareas, de calmarse, de dormirse en la noche, realizar hábitos de higiene o de comer adecuadamente. Su madre hace mención, que el padre del niño logra controlarlo cuando le pega o lo regaña.

Considera que la manera más satisfactoria para ayudarlo es ceder ante sus demandas, hablarle con tranquilidad, brindarle afecto y reiterarle que lo quieren.

Su madre menciona que los aspectos relevantes de su hijo es el grado de afectividad que expresa (a pesar de ser con pocas personas), cuestiona todo acerca de lo que desea saber y le agrada los programas educativos e interesantes (animales, científicos y de historia).

Recalca que su hijo actúa de manera colaboradora con otras personas, pero que el problema lo visualiza en el hogar.

### **RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA**

Durante el proceso evaluativo xxx se mostró dispuesto a la realización y ejecución de las pruebas asignadas, sin embargo era necesario realizar tratos con el niño con el fin de optimizar y acelerar la evaluación.

Cabe destacar que frecuentemente realizaba comentarios acerca de muerte y hechos trágicos. Se movilizaba constantemente, se mecía con frecuencia y en varias ocasiones golpeaba su cabeza contra la mesa y se autolesionaba.

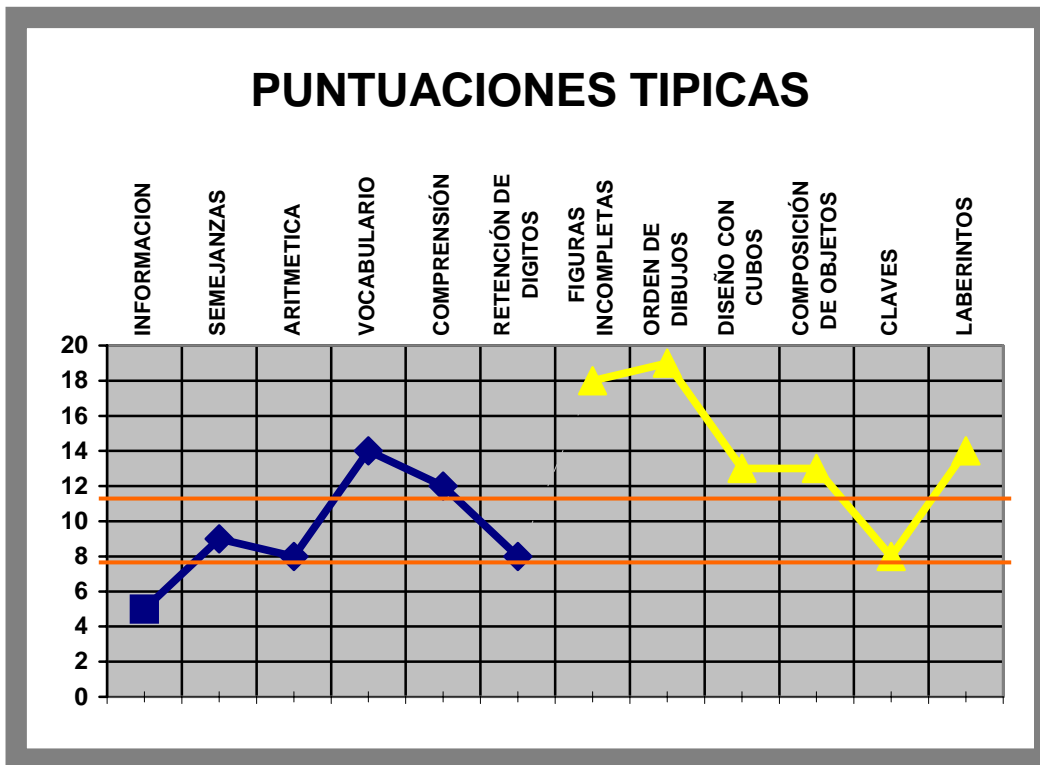
Lo referente a las observaciones conductuales, se detallan en cada prueba aplicada.

## EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES COGNITIVAS Y VISOPERCEPTUALES

### HABILIDADES COGNITIVAS:

#### Escala de Inteligencia de WECHSLER para Niños Revisada WISC-R

Dado que el déficit de las capacidades cognitivas influyen el motivo de consulta, se procedió a una exploración de las habilidades cognitivas mediante la escala de Inteligencia de Wechsler para Niños Revisada (WISC-R), las puntuaciones típicas y los cocientes de inteligencia se recogen en el Grafico 1 y el Cuadro 2. Las puntuaciones entre 8-12 son consideradas habilidades normales.



### DATOS

ESCALA VERBAL	
Información	5
Semejanzas	9
Aritmética	8
Vocabulario	14
Comprensión	12
Retención de dígitos	8

ESCALA DE EJECUCION	
Figuras Incompletas	18
Orden de dibujos	19
Diseño con cubos	13
Composición de objetos	13
Claves	8
Laberintos	14

Cociente de Inteligencia Verbal (CIV)	97	NORMAL
Cociente de Inteligencia de Ejecución (CIE)	130	MUY SUPERIOR
Cociente de Inteligencia Total (CIT)	113	NORMAL ALTO

**Cuadro 2. Cociente de inteligencia y habilidades; y dificultades presentadas por xx**

Según estos resultados xxx presenta una Capacidad Cognitiva **NORMAL ALTO**. Revela diferencias significativas entre las diversas tareas realizadas en relación a su propia media de puntuación típica, mostrando mayor habilidad en la escala de ejecución que en la verbal.

Las áreas en las que demuestra fortaleza son: Vocabulario, Figuras Incompletas, Ordenación de Dibujos, Diseños con cubos, Composición de Objetos y Claves. Las subpruebas mencionadas anteriormente hacen referencia a un conocimiento de palabras adecuado, estado de alerta a los detalles, buena organización perceptual, proceso de razonamiento secuencial, buena coordinación visomotora, así como velocidad y precisión en la ejecución de una tarea.

Sin embargo demuestra deficiencia en el área de Información lo cual hace referencia a un rango deficiente de información, hostilidad hacia las tareas de tipo escolar y tendencia a rendirse con facilidad.

### Matrices Progresivas de RAVEN.

PUNTUACIONES DIRECTAS	32	
PUNTUACIÓN CENTIL	75	“Normal Alto”
CI	110	

#### Cuadro 4. Puntuaciones de xxx en Matrices Progresivas.

Raven es una evaluación de las habilidades no verbales o de razonamiento que se utiliza para inferir analogías y organizaciones perceptivas espaciales de manera sistemática. Los resultados representados en el Cuadro 4 muestran que su capacidad intelectual se encuentra a nivel **NORMAL ALTO**.

**Observación Conductual:** Sus respuestas fueron brindadas de manera veloz.

### EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS MADURATIVOS

#### ESTILO COGNITIVO:

#### Test Gestáltico Visomotor (B.G.) de Bender para Niños Versión Koppitz

Los resultados obtenidos reflejan que xxx posee una madurez perceptomotora correspondiente a la de un niño de 7 años 11 meses, lo cual indica que se encuentra **1 mes por arriba de su edad cronológica**. Con ello se deduce que la madurez visoperceptomotora de Santiago se encuentra a nivel **Normal**. Cabe destacar que en el aspecto emocional existen indicadores de impulsividad y agresividad.

**Observación Conductual:** Buena disposición en la tarea. Inicia la realización del dibujo en la mitad inferior y de manera desordenada. Toma el lápiz de manera inadecuada.

#### Test de Emparejamiento de Figuras Familiares MFFT – 20 (Cairns y J. Cammock).

Esta prueba fue elegida para valorar la conducta de precipitación e impulsividad. Con el MFFT – 20, se obtiene la combinación de los parámetros que permite clasificar a los

sujetos en reflexivos (latencia alta y bajo número de errores) e impulsivos (latencia baja y número de errores alto).

En base a la prueba antes descrita se puede destacar que xxx utiliza el siguiente estilo de afrontamiento de la realidad:

## REFLEXIVIDAD

Se caracteriza por emplear un mayor tiempo para contestar y por cometer un menor número de errores.

**Observación Conductual:** En ésta tarea responde sin visualizar las opciones. Sin embargo sus respuestas están dentro de la media.

## TRABAJO ESCOLAR

### Escritura

Por medio del dictado y verificación de palabras individuales simples y acordes a su edad y escolaridad, se pudo contemplar los siguientes componentes en el área auditivo-lingüístico:

#### Dictado de palabras simples y compuestas:

▶ Niño	Nyño
▶ Mamá	Mama
▶ Árbol	Arbol
▶ Casa	Casa
▶ Gente	Jente
▶ Cabeza	Cavesa
▶ Cara	Cara
▶ Sangre	Sangre
▶ Aprender	Aprnder
▶ Mundo	Mundo
▶ Pelota	Pelota

#### Copiado de palabras

Lo realiza de manera adecuada.

### Lectura

Se muestra renuente a la evaluación de comprensión lectora, sin embargo sus padres verifican problemas en esta área.

**Observación Conductual:** Le desagrada el proceso de la escritura y lectura.

**CONDUCTA**

**Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).**

La finalidad de la escala es medir exclusivamente los síntomas principales de TDAH: Hiperactividad, Impulsividad y Déficit de Atención. En el caso de xxx sus maestros valoraron los ítems de tal manera que permitieron determinar cuantitativa y cualitativamente los resultados.

Cabe destacar que los maestros calificaron este cuestionario en las pocas ocasiones en que ha estado sin medicamento, ya que mencionan que xxx no podía funcionar adecuadamente; pues si no ingiere el medicamento actúa de manera hiperactiva y distrae a los demás.

SINTOMAS	CENTILES	RESULTADO
Hiperactividad / Impulsividad	96 Centil	RIESGO ELEVADO
Déficit de Atención	95 Centil	RIESGO ELEVADO
Trastorno de Conducta	94 Centil	RIESGO MODERADO
Hiperactividad mas Déficit de Atención	97 Centil	RIESGO ELEVADO

SINTOMAS	CENTILES	RESULTADO
Hiperactividad / Impulsividad	85 Centil	RIESGO MODERADO
Déficit de Atención	55 Centil	SIN RIESGO
Trastorno de Conducta	70 Centil	RIESGO LEVE
Hiperactividad mas Déficit de Atención	70 Centil	RIESGO LEVE

Los resultados proporcionados por los maestros - los informantes - indican que xxx refleja conductas de riesgo de TDAH. Ubicándose dentro del **área de riesgo**.

En el caso del cuestionario realizado por sus padres, concuerda con los resultados de proyectados anteriormente, ya que éstos verifican **componentes de déficit de atención, hiperactividad y conducta oposicionista**.

Por otro lado, como medida para corroborar la escala de capacidad de atención detectada en WISC-R se utilizó el tercer factor de Kaufman (1982), con el cual se

permite apreciar la capacidad de concentración y la rapidez de respuesta en tareas repetidas y monótonas parecidas a las tareas escolares. En esta prueba, xxx obtuvo un puntaje de 87 equivalente a **Normal bajo** en su capacidad para enfocar la atención.

## PERSONALIDAD

La exploración de la personalidad se enfocó desde varias perspectivas: auto concepto, disposición y conductas de sociabilidad.

### Cuestionario de Personalidad para Niños (RW. Coan y RB. Cattell )

El perfil obtenido es válido.

A continuación se señalan los elementos encontrados en el Cuestionario de Personalidad:

xxx se muestra como un niño emprendedor, inquieto y sobreexcitado. Frecuentemente rechaza las ilusiones y en ocasiones se muestra tenso y frustrado ante situaciones en las que no logra lo que desea.

Figura como un niño poco expresivo, serio y que constantemente se autodesaprueba. En el aspecto interpersonal, se muestra receptivo, despreocupado o desatento con las reglas y socialmente atrevido, actuando por conveniencia propia, ya que aún no ha aprendido las técnicas de manipulación social.

**Observación Conductual:** Deja varias preguntas sin contestar. Realiza comentarios como: “Me llaman perico porque hablo mucho” y “Mis padres y mi hermana generalmente no cumplen sus promesas”. Respondía a las interrogantes mientras jugaba, ya que de lo contrario era imposible que se mantuviera atento sin realizar ninguna acción.

### Técnicas Proyectivas: Test de la Figura Humana, Casa, Árbol y Persona y Test de la Familia

En base a las pruebas proyectivas se pueden hacer notar el grado en el que xxx expresa sus conflictos internos en forma de temas dramáticos, y de ésta manera refiere rasgos impulsivos acentuados y una emotividad mal controlada. La tendencia agresiva lleva consigo una pesada carga de sentimientos de culpa y ansiedad, por lo que vuelve la agresión hacia sí mismo. En base al área interpersonal, revela una reacción depresiva relacionada al ambiente familiar. En muchas ocasiones, xxx reprime la agresividad por prohibiciones y frecuentemente yace en él sentimientos de inferioridad al compararse con otras personas.

**Observación Conductual:** Tiende a mecerse mientras responde al interrogatorio posterior y tararea una canción mientras dibuja.

**Dificultades del diagnóstico del Síndrome de Asperger en Honduras**  
**Mourra Saybe, Sandra**



## SOCIABILIDAD

### Cuestionario de Habilidades Sociales y Emocionales

Este cuestionario se encuentra diseñado para identificar conductas y habilidades propias de los niños en edad escolar, evaluándose el área comunicativa, cognitiva y motriz, así como intereses específicos y otros aspectos relevantes.

Basado en lo anterior, sus padres valoraron los ítems de tal manera que permitieran determinar cuantitativa y cualitativamente los resultados que se describen a continuación:

#### Frecuentemente:

- ▶ Es indiferente a la influencia social de los compañeros.
- ▶ Tiende a mantener menos contacto visual de lo que cabría esperar.
- ▶ Tiene problemas para reconducir una conversación.
- ▶ Está interesado en temas de carácter científico, siendo que saca libros de la biblioteca, sobre todo científicos y de aventuras pero solo visualiza los dibujos y a partir de ellos hace su historia o pregunta, pero no los quiere leer.
- ▶ Tiene una memoria a largo plazo excepcional para recordar hechos o sucesos.
- ▶ Está fascinado por un tema en particular y recoge ávidamente información o estadísticas sobre ese tema. Por ejemplo: fútbol o hockey.

#### Otras características:

Presenta un miedo inusual o nerviosismo a causa de: roces en la piel o la cabeza. De igual forma presenta una tendencia a agitarse o balancearse cuando está excitado o nervioso, así como el hecho de mostrar tics o muecas inusuales. Mencionan los padres que a Santiago le molesta la luz fuerte.

### Escala de Evaluación de Conducta Infantil Padres – Informantes

Escala de evaluación del deterioro cualitativo en la interacción social y en la comunicación, así como patrones de conductas, intereses y uso comunicativo del lenguaje. Basado en este cuestionario, los padres de xxx detallaron lo siguiente:

#### Frecuentemente:

- ▶ No presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- ▶ Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- ▶ No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo.

- ▶ Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- ▶ Evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido.
- ▶ Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- ▶ Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera permanezca sentado.
- ▶ Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.
- ▶ Está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor.
- ▶ Habla en exceso.
- ▶ Precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- ▶ Tienen dificultades para guardar turno.

#### **Muy Frecuentemente:**

- ▶ Mueve en exceso manos o pies o se remueve en su asiento.

### **DIAGNÓSTICO**

En el marco de un análisis comprensivo de la información recolectada durante el proceso de evaluación, se puede concluir:

- ◆ La capacidad cognitiva xxx es **NORMAL ALTO**.
- ◆ Su razonamiento abstracto se encuentra a nivel **Normal Alto**.
- ◆ No se encontraron indicadores de organicidad. Su madurez visoperceptomotora se encuentra a nivel **Normal**.
- ◆ Proyecta componentes de déficit de atención y su capacidad para enfocarla es **Normal bajo**.
- ◆ El estilo de afrontamiento cognitivo que xxx utiliza es **Reflexivo**.
- ◆ A nivel de escritura y lectura no se encuentra acorde a su edad y no le motiva de ninguna forma las tareas de tipo escolar.
- ◆ En cuanto a Percepción Visual, se puede deducir que se encuentra **Normal Alto**.
- ◆ El diagnóstico incluye:

1. Se corrobora el **TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, TIPO COMBINADO (314.01)**

2. **TRASTORNO DE ASPERGER (299.80 / F 84.5). Conmorbido a componentes depresivos ansiógenos.**

**Dificultades del diagnóstico del Síndrome de Asperger en Honduras**  
**Mourra Saybe, Sandra**

### 3. TRASTORNO DE LECTURA (F81.0 / 315.00)

### 4. TRASTORNO DE LA EXPRESIÓN ESCRITA (F81.8 / 315.2)

Según los datos proporcionados por sus padres y la verificación conductual de xxx se puede deducir que el niño presenta componentes obsesivos pero no los suficientes como para diagnosticar un trastorno obsesivo en sí.

#### PLAN DE INTERVENCIÓN.

El plan de intervención que se plantea para xxx es un programa multimodal que combina intervención psicológica con el niño, colaboración de los padres y maestros para mejorar las áreas del desarrollo en las que presenta problemas.

**Este plan abarca el apoyo en las siguientes áreas:**

- ▶ Terapia Individual y Familiar.
- ▶ Entrenamiento en habilidades sociales y emocionales. Promover el uso de conductas no verbales eficaces para el acercamiento interpersonal y el entendimiento de sus propios sentimientos.
- ▶ Intervención Educativa y Familiar, los cuales incluyen el contacto permanente con los maestros y padres.
- ▶ Mantener el tratamiento farmacológico.
- ▶ Intervención Psicopedagógica, con el fin de mejorar la lectura y la escritura.

◆ **Se envía estos informes con el fin que ustedes como especialistas puedan analizar el manejo que se le esta brindando a los niños que asisten a la clínica y de los cuales después de la entrevista con los padres se plantea la hipótesis de un S.A.**

Después de haber realizado esta recopilación bibliográfica y haberla comparado con la realidad de nuestro país y específicamente de la clínica en la cual laboramos de ha llegado a los siguiente.

## CONCLUSIONES

- a) La mayoría de los casos atendidos en el centro de psicología han sido en su mayoría del sexo masculino.
- b) No se ha recibido ninguna remisión, en la cual el diagnóstico sea el de Síndrome Asperger, sino los citados con anterioridad.
- c) Se deduce que en la mayoría de los casos los padres presentan un historial psiquiátrico de: Trastorno Afectivo, Trastorno de Ansiedad o algún Trastorno de Personalidad (específicamente, Esquizotípico).
- d) Se cree que la población de médicos, psiquiatras, psicólogos y educadores hondureños deben tener un amplio conocimiento del Espectro Autista; para ello, verificamos la necesidad de Psicoeducación sobre dicho trastorno.
- e) Se requiere equipos de trabajo especializados con programas específicos.
- f) La cantidad de niños que se quedan en el tratamiento el tiempo que realmente se requiere para notar una mejoría es mínima, ya que los padres y maestros pretenden observar cambios positivos a corto plazo.

Mourra Saybe, Sandra

[sandramourra@yahoo.com](mailto:sandramourra@yahoo.com)